

Casos Clínicos / Radiological Case Reports

Endometrioma da Parede Abdominal

Abdominal Wall Endometrioma

Manuela Souto¹, Teresa Margarida Cunha², Ana Félix³

¹ Interno Complementar de Radiologia

² Assistente Hospitalar de Radiologia

³ Assistente Hospitalar de Anatomia Patológica

Serviço de Radiologia, Hospital Egas Moniz

Directora: Dra Ana Mesquita

Serviço de Radiologia, IPO – Lisboa

Director: Dr. Rui Costa

Resumo

Os autores descrevem um caso de endometrioma da parede abdominal após cesariana, procedendo a este propósito a uma revisão da literatura.

Palavras-chave

Endometrioma dos Tecidos Moles; Endometriose; Cirurgia Obstétrica.

Abstract

We report a case of abdominal wall endometrioma following a cesarean section. A review of the literature on this regard is performed.

Key-words

Subcutaneous Endometrioma; Endometriosis; Obstetric Surgery.

Introdução

A endometriose consiste na presença de tecido endometrial ectópico fora da cavidade endometrial[1,2]. Foi observada pela primeira vez por Rokitansky (1860)[3]. Mais tarde, Sampson (1927) definiu a endometriose como um achado de tecido com aspectos histológicos e funcionais semelhantes ao endométrio tópico, em outros locais.

A endometriose é a segunda patologia cirúrgica ginecológica mais frequente, precedida apenas pela miomatose uterina. Nos EUA é a terceira causa de internamento ginecológico e a causa mais comum de histerectomia[4].

As localizações mais frequentes incluem os ovários e o peritонеu. A endometriose subcutânea está quase sempre associada a cirurgias anteriores. A forma mais comum é a

resultante de cesariana[5], com uma frequência estimada em 0-2% após este procedimento[6], embora existam casos descritos após apendicectomias e reparação de hérnias inguinais[7]. Esta é contudo uma complicação rara[8], pelo que o diagnóstico é muitas vezes difícil e tardio[9,10].

Caso Clínico

A. P. C. G. C., sexo feminino, 33 anos de idade de raça caucasiana é enviada ao IPO de Lisboa em Outubro de 2002, para investigação de uma lesão com 4 anos de evolução. Consistia numa deformação nodular na parede abdominal, sem sinais inflamatórios e à qual se associavam dor e aumento de volume peri-menstruais. Referia como antecedente relevante uma cesariana efectuada há 6 anos. No exame objectivo palpava-se na fossa ilíaca direita (FID), junto à cicatriz de cesariana, um nódulo móvel, com 4 cm de diâmetro, sem sinais inflamatórios locais. Foi solicitada uma Tomografia Computorizada (TC) que identificou uma lesão com densidade de tecidos moles,

Recebido a 11/03/2005

Aceite a 07/07/2005

captando contraste endovenoso, medindo 3x2,5x2 cm e que se localizava no tecido celular subcutâneo da FID adjacente e anterior ao limite externo do músculo recto anterior direito do abdómen, mas sem evidente plano de clivagem com este (Fig.1).

Para diagnóstico foi efectuada uma biópsia ecoguiada na qual foi diagnosticada uma endometriose(Fig. 2).

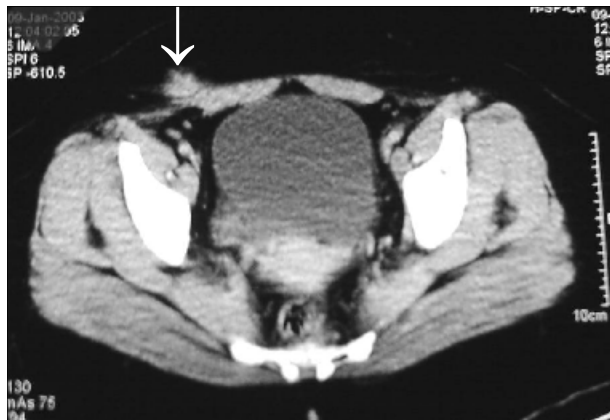


Fig. 1 – TC pélvica. Nódulo sólido, de contorno irregular, com captação homogênea de contraste endovenoso, na parede anterior pélvica (seta).

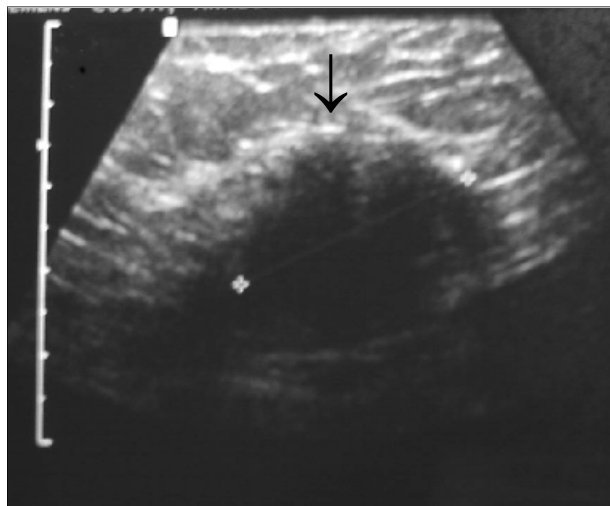


Fig. 2 – Aspecto ecotomográfico da lesão fortemente hipocogénica, com componente atenuante posterior, mal delimitada, medindo 3x2,5x2 cm e localizada no tecido celular subcutâneo.

Na investigação imagiológica que se seguiu foi realizada RM, que confirmou tratar-se de uma lesão localizada anteriormente ao músculo recto anterior direito do abdómen, na sua extremidade lateral externa e na espessura do tecido celular subcutâneo. Esta lesão com forma ovóide, era hipointensa em T1, tinha sinal intermédio em T2 e apresentava contornos discretamente irregulares, com captação intensa de contraste endovenoso (gadolínio), sugerindo lesão sólida. As suas dimensões foram avaliadas em 4x2,5x2 cm. Não foram detectados implantes de endometriose em localização pélvica e os ovários tinham características habituais (Fig. 3).

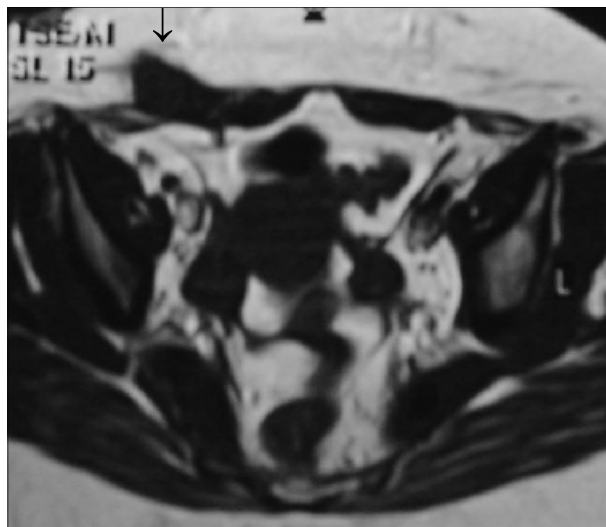


Fig. 3A – RM em corte axial ponderado em T1, mostrando a lesão com hiposinal relativamente homogêneo (seta).



Fig. 3B – No mesmo plano axial ponderado em T2, a lesão apresenta sinal intermédio (seta).

A doente foi submetida a cirurgia com excisão tumoral total (Fig. 4).

Discussão

Perante uma massa surgindo numa cicatriz de cesariana o diagnóstico diferencial é extenso, incluindo: endometriose, hérnia incisional, granuloma de corpo estranho, hematoma, abscesso, neoplasia (intra-abdominal ou da própria parede abdominal)[11,12,13,14].

Quase patognomónico para endometriose eram a dor e aumento de volume nodular, perimenstruais[5,14]. Clinicamente seria pouco provável tratar-se de hematoma, dado não haver história de traumatismo, terapêutica anticoagulante ou doenças da coagulação. A inexistência de sinais inflamatórios locais tornava pouco provável o abscesso e a possibilidade de um sarcoma ou doença metastásica também é remota dada a idade e longa evolução da lesão. O tumor desmóide é talvez o diagnóstico

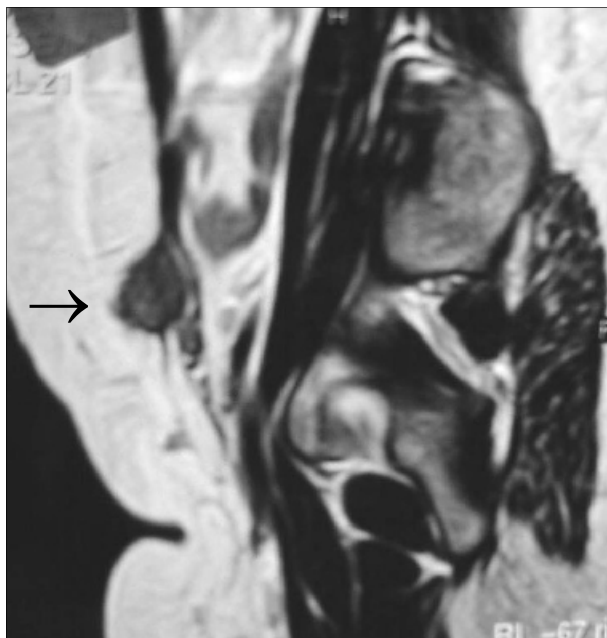


Fig. 3C – Em corte sagital ponderado em T2 define-se a extensão longitudinal da lesão e a sua relação com o músculo recto anterior direito do abdômen (seta).

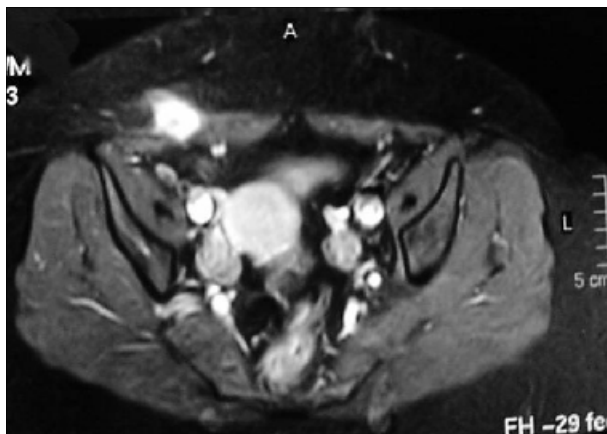


Fig. 3D – Corte axial ponderado em T1 com saturação de gordura, após administração endovenosa de gadolínio. A captação de contraste pela lesão é intensa e relativamente homogênea.

diferencial mais difícil, tanto clínico como imagiológico, já que embora seja benigno e frequente neste grupo etário também seria localmente mais agressivo.

A maioria dos casos descritos de endometriose cutânea/subcutânea, ocorrem em cicatrizes cirúrgicas ou, mais raramente no trajeto de uma agulha. As restantes são espontâneas (ambos os tipos se associam raramente com endometriose pélvica)[15].

As diferentes hipóteses para a patogénese da endometriose baseiam-se na teoria da disseminação por via vascular, metaplasia celômica e regurgitação tubária[16,17,18]. O mecanismo etiopatogénico através do qual a endometriose se desenvolve em cicatrizes cirúrgicas consiste na disseminação de tecido endometrial no trajeto da secção de cesariana ou da cirurgia ginecológica. Posteriormente,

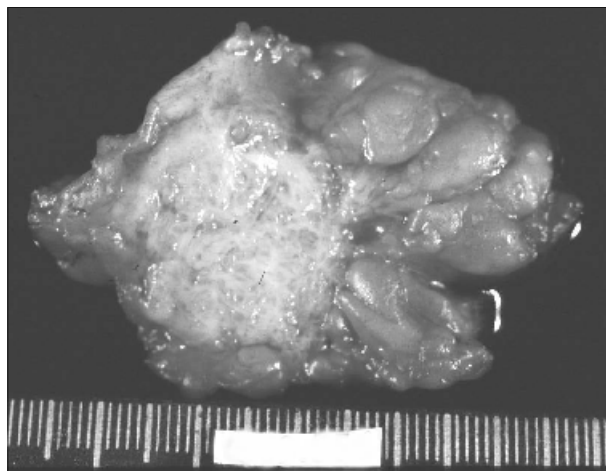


Fig. 4 – Aspecto macroscópico da peça operatória.

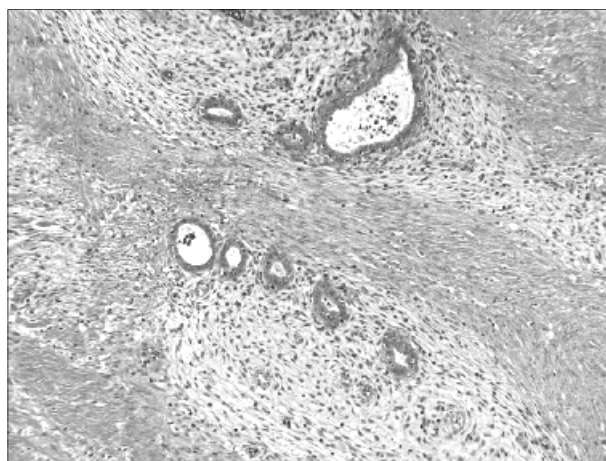


Fig. 5 - Glândulas e estroma endometrial com morfologia proliferativa separados por septos fibrosos (x400; H&E)

este tecido sob o estímulo estrogénico, tende a desenvolver-se até se tornar sintomático[19].

Os vários métodos imagiológicos contribuíram para a localização e caracterização da lesão. A ecografia e a TAC excluíram, pelo facto de se tratar de uma lesão sólida, as hipóteses de hematoma e abscesso. Também não determinaram soluções de continuidade na parede abdominal anterior que sustentassem a hipótese de hérnia incisional. O granuloma de corpo estranho revelar-se-ia mais heterogêneo com evidência de material estranho. A TAC foi também útil para excluir lesões intraabdominais. De salientar o papel da ecografia para guiar a biópsia que determinou o diagnóstico definitivo e permitiu excluir definitivamente o diagnóstico de tumor desmóide / fibromatose.

No presente caso a RM mostrou-se útil na exclusão de implantes endometriais na cavidade pélvica, nomeadamente com a ponderação em T1 com supressão de gordura e administração endovenosa de gadolínio, embora a laparoscopia seja o gold standart para o diagnóstico de implantes peritoneais, implantes ováricos e adesões. Contudo as suas limitações no estudo da pélvis posterior (intestino e bexiga), têm contribuído para o

investimento no aperfeiçoamento do diagnóstico por técnicas de imagem[20]. A RM permitiu ainda confirmar a presença de plano de clivagem com o músculo adjacente, facto importante para um correcto planeamento cirúrgico, uma vez que estas lesões necessitam ser completamente excisadas para evitar recorrências[2,9,14,21]. A terapêutica hormonal, com uso de agonistas da hormona libertadora de gonadotrofina (GnRH) está reservada para os casos com endometriose pélvica concomitante[3].

Conclusão

O aparecimento de um endometrioma numa cicatriz de cesariana é uma entidade rara, para a qual se tem que estar alerta, sob pena de um diagnóstico tardio. Para o evitar são fundamentais uma completa história clínica e exame físico, contribuindo os diversos métodos imagiológicos e a histologia para a exclusão do vasto espectro de diagnósticos diferenciais.

Referências

1. Kale, S.; Shuster, M.; Shangold, J. - *Endometrioma in a Cesarean Scar: Case Report and Review of the Literature*. Am. J. Obstet. Gynecol., 1971, 111(4):596-597.
2. Koger, K. E.; Shatney, C. H.; Hodge, K.; Mclenathan, J. H. - *Surgical Scar Endometrioma*. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1993, 117:243-246.
3. Wolf, Y.; Haddad, R.; Werbin, N.; Shornick, Y.; Kaplan, O. - *Endometriosis in Abdominal scars: A Diagnostic Pitfall*. Am. Surg., 1996, 62:12-19.
4. Velebil, P.; Wingo, P. H.; Xia, Z. - *Rate of Hospitalization of Gynecologic Disorders among Reproductive-Age Women in United States*. Obstet. Gynecol., 1995, 86:764-767.
5. Taff, L.; Jones, S. - *Cesarean Scar Endometriosis. A Report of Two Cases*. J. Reprod. Med., 2002, 47(1):50-52.
6. Banks, K. P. - *Subcutaneous Endometrioma as an Unexpected Cause of Chronic Abdominal Pain*. AJR, 2003, 181:1157.
7. Chatterjee, S. K. - *Scar Endometriosis: A Clinicopathologic Study of 17 Cases*. Obstetrics and Gynecology, 1980, 56(1):81-84.
8. Gupta, R. K.; Naram, S. - *Aspiration Cytodiagnosis of Endometriosis in an Abdominal Scar after Cesarean Section*. Acta Cytologica, 1995, 39(3):603-604.
9. Balleyguier, C. - *Imagerie de l'Endometriose*. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 2003, 32:4s5-4s10.
10. Wolf, G. C.; Singh, K. B. - *Cesarean Scar Endometriosis: A Review*. Obstet. Gynecol. Surv., 1989, 44(2):89-95.
11. Majeski, J. - *Scar Endometriosis Manifested as a Recurrent Inguinal Hernia*. South Med. J., 2001, 94(2):247-249.
12. Firilas, A.; Soi, A.; Max, M. - *Abdominal Incision Endometriomas*. Am. Surg., 1994, 60(4):259-261.
13. Rovito, P.; Gittleman, M. - *Two Cases of Endometrioma in Cesarean Scar*. Surgery, 1986, 100(1):118-120.
14. Nirula, Raminder; Greaney, G. C. - *Incisional Endometriosis: An Underappreciated Diagnosis in General Surgery*. J. Am. Coll. Surg., 2000, 190(4):404-407.

15. Carón, M. A.; Bascuñana, A. G.; Olivares, A. N.; Martínez, N. N. - *Mujer de 37 Años de Edad con Modulación Dolorosa en Pared Abdominal*. IV - CVHAP 2001 Seminario - Casos 035.

16. Khaleghian, R. - *Abdominal Wall Endometriosis: Sonographic Diagnosis*. Australasian Radiology, 1995, 39:166-167.

17. Purvis, R. S.; Tying, S. K. - *Cutaneous and Subcutaneous Endometriosis: Surgical and Hormonal Therapy*. J. Dermatol. Surg. Oncol., 1994, 20:693-695.

18. Dosal, M.; Gomez, G. F.; Gonzalez, M. S. - *Endometrioma en Pared Abdominal: Informe de Cuatro Pacientes*. Cirujano General, 2002, 24(2):148-150.

19. Roncoroni, L.; Costi, R.; Violi, V.; Nunziata, R. - *Endometriosis on Laparotomy Scar. A Three - Case Report*. Arch. Gynecol. Obstet., 2001, 265:165-167.

20. Brosens, I.; Rutlemans, P.; Campo, R.; Gordts, S. - *Diagnosis of Endometriosis: Pelvic Endoscopy and Imaging Techniques*. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology, 2004, 18(2):285-303.

21. Singh, S. K.; Lessells, A. M.; Adam, D. J. et al. - *Presentation of Endometriosis to General surgeons: a 10 Years Experience*. Br. J. Surg., 1995, 82:1349-1351.

Correspondência

Manuela Souto
Rua D. Luís de Ataíde, 262
2785-589 São Domingos de Rana
manuelasouto@oninet.pt